

■ 園児名 (男 ・ 女)

■ 平成 年 月 日生 (歳 ヲラス)

病 型 ・ 治 療		保 育 園 での 生 活 上 の 留 意 点	
<p>A. 食物アレルギー (あり、なし) ありの場合のみ下記に記載してください 食物アレルギー病型 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他 (新生児消化器症状 ・ 口腔アレルギー症候群 ・ 食物依存性運動誘発アナフィラキシー ・ その他)</p> <p>B. アナフィラキシーの既往歴 (あり、なし) 既往ありの場合のみ下記に記載してください い アナフィラキシー病型 1. 食物 (原因 :) 2. その他 (医薬品 ・ 食物依存性運動誘発アナフィラキシー ・) ラテックスアレルギー ・)</p> <p>C. 原因食物・除去根拠 除去が必要な食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記入してください 1 疑卵はabの該当する項目にも○をしてください。 食品番号8～15は()の中の該当する項目に○をするか具体的に記載してください</p> <p>1. 鶏 卵 《 》) a 完全除去 b 生のみ除去 (非加熱品除去) ※生卵、マヨネーズ、アイスクリーム 2. 牛乳・乳製品 《 》) 完全除去</p> <p>3. 小麦 《 》) 4. ソバ 《 》) 5. ピーナッツ 《 》) 6. 大豆 《 》) 7. ごま 《 》) 8. ナッツ類 《 》) 9. 甲殻類 《 》) 10. 軟体類・貝類 《 》) 11. 魚 魚 類 《 》) 12. 肉 肉 類 《 》) 13. 果 物 《 》) 14. 果 物 《 》) 15. 果 物 《 》)</p> <p>D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬 [エピペン®0.15mg] 3. その他()</p>		<p>A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルフィーユ ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ ベネチエイェット ・ エレメンタルフォーミュラ その他()</p> <p>C. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定</p> <p>D. 除去食品で摂取不可能なものの 病型・治療のCで除去の際に、更に摂取不可能なもの がある場合のみ、下記に○をしてください ()内の食品は、基本的には除去の必要はないものです</p> <p>1. 鶏 卵 : (卵殻カルシウム) 2. 牛乳・乳製品 : (乳糖) 3. 小麦 : (醤油 ・ 酢 ・ 麦茶) 4. 大豆 : (大豆油 ・ 醤油 ・ 味噌) 5. ごま : (ごま油) 6. 魚 類 : (かつおだし ・ いりこだし) 7. 肉 類 : (エキス)</p> <p>E. その他の配慮・管理事項 食物アレルギーへの配慮や管理事項に関する補足があれば 記入してください</p>	
記載日	年 月 日	医師名	印
制限期間	年 月 日 ~ 年 月 日	医療機関名	